

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — No 55

Les

OCCLUSIONS INTESTINALES MÉCANIQUES

après les Opérations de Cure radicale
des Cancers du Rectum et de la Sigmoïde

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 22 Décembre 1930

PAR

Maurice CALS

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PÉZENS (Aude), le 30 Septembre 1905

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	<i>Président.</i>
		VILLEMEN, professeur.....	<i>Juges.</i>
		LOUBAT, Agrégé.....	
		DUFOUR, Agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE GRENOUILLEAU-LANDAIS ET LES FILS
18, RUE DOM-DEVIEU, 18

1930

1930-1931. — N° 55

Les

Occlusions Intestinales Mécaniques

après les Opérations de Cure radicale
des Cancers du Rectum et de la Sigmoidé

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 22 Décembre 1930

PAR

Maurice CALS

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PÉZENS (Aude), le 30 Septembre 1905

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	<i>Président.</i>
		VILLEMIN, professeur.....	
		LOUBAT, Agrégé.....	<i>Juges.</i>
		DUFOUR, Agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE GRENOUILLEAU-LANDAIS ET LES FILS
18, RUE DOM-DEVIEU, 18

1930

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS :

MM.

MM.

Clinique médicale N.
id. CASSAET.
Clinique chirurgicale CHAVANNAZ.
id. BÉGUIN.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.
Clinique d'accouchements ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique... SABRAZÈS.
Anatomie VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie G. DUBREUIL.
Physiologie PACHON.
Hygiène AUCHÉ.
Médecine légale et déontologie LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité méd. RÉCHOU.
Chimie CHELLE.
Botanique et matière médicale BEILLE.
Pharmacie DUPOUY.

Zoologie et parasitologie MANDOUL.
Médecine expérimentale MAURIAC.
Clinique ophtalmologique TEULIÈRES.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie... ROCHER.
Clinique gynécologique GUYOT.
Clinique m. d. des maladies des enfants... CRUCHET.
Chimie biologique et médicale DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceutique... SIGALAS.
Médéc. coloniale et clin. des mal. exotiques BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires.. DUVERGEY.
Clinique des malad. nerveuses et mentales.. ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie... SELLIER.

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine Générale).

AGREGÉS EN EXERCICE :

MM.

MM.

Anatomie DUBECQ.
id. DUFOUR.
Histologie LACOSTE.
Anatomie pathologique MURATET.
Parasitologie et sciences naturelles R. SIGALAS.
Médecine générale CREYX.
id. N.
id. AUBERTIN.
id. DAMADE.
id. PIÉCHAUD.
id. DELMAS-MARSALET.

Maladies mentales PERRENS.
Chirurgie générale PAPIN.
id. JEANNENEY.
id. CHARRIER.
id. LOUBAT.
Obstétrique PÉRY.
id. N.
Ophtalmologie BEAUVIEUX.
Dermatologie et syphiligraphie JOULIA.
Pharmacie GOLSE.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.

MM.

Clinique dentaire CAVALIÉ.
Médecine opératoire PAPIN.
Accouchements N.
Ophtalmologie CABANNES.

Puériculture FAUGÈRE.
Démonstrations et préparations pharmac... N.
Pharmacie chimique GOLSE.
Zoologie et parasitologie R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle. GOURDON,

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation,



A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS — A MA TANTE

A MA FEMME

A MA SŒUR

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'École Principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ, DES HÔPITAUX
ET DES ÉCOLES.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. CHAVANNAZ

*Chirurgien des Hôpitaux,
Médaille Militaire,
Croix de Guerre.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES CHAVANNAZ,

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,

Correspondant National de l'Académie de Médecine

et de la Société de Chirurgie de Paris,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Décoré de la Médaille interalliée et de la Médaille de la Victoire,

Officier de l'Instruction publique.

Votre bonté souriante nous a
toujours réconforté au cours de ce
travail.

LES

OCCLUSIONS INTESTINALES MÉCANIQUES

après les Opérations de Cure radicale
des Cancers du Rectum et de la Sigmoidé

INTRODUCTION

Les opérations de cure radicale des cancers du rectum et de la sigmoïde sont devenus relativement fréquentes. La mortalité opératoire immédiate reste cependant des plus importantes.

Les malades meurent surtout de choc pendant l'intervention et les quelques heures qui suivent, de péritonite et de septicémie dans les deux à trois jours.

La fréquence des décès dus à ces deux mécanismes a pu pousser les chirurgiens à ne pas insister pour découvrir la cause réelle du décès.

Lorsque M. le Professeur CHAVANNAZ nous a donné l'idée de ce travail, il nous a présenté l'observation d'un malade mort le cinquième jour après l'opération. L'autopsie montra une anse grêle pincée au niveau d'un hiatus de la péritonisation pelvienne.

HISTORIQUE

La question des occlusions intestinales post-opératoires n'est pas nouvelle.

Spencer Wells publia en 1860 le premier travail sur ce sujet et attira l'attention sur cette complication des interventions abdominales. Des observations nombreuses furent successivement communiquées par Koeberlé (1867), Léopold (1879), Bockel (1881), Skutsche (1886), Muller (1887), Lucas Championnière et Collas (1890), Ahston (1892), Gross (1899).

Nous relevons ensuite en France les noms de Terrillon, Legueu, Quénu, Mathieu, Riche; à l'étranger, ceux de Schif-fer, Jacobs, Coé et Kohé.

Parmi les thèses importantes publiées sur cette complication, signalons celles de Tuja (Lyon 1894), Giresse (Paris 1890), Naoumoff (Montpellier 1896), Lenclos (Nancy 1899), Vilhès (Paris 1929).

Nous avons pu étudier la majorité des observations rapportées par ces auteurs : aucune ne concerne l'occlusion intestinale après les opérations de cure radicale des cancers du rectum.

Lenclos groupe 117 cas qui se répartissent entre 58 ovariectomies, 37 hystérectomies, 8 fibromes utérins, 6 hystérectomies abdominales, 1 hernies étranglées, 3 appendicectomies, 1 césarienne.

Collas a recueilli 23 cas dont : 18 ovariectomies, 2 fibromes utérins, 2 salpingectomies, 1 hystérectomie abdomi-

Daurignac en a vu 44 : 7 hernies étranglées, 10 hystérectomies vaginales, 3 hystérectomies abdominales, 15 ovariectomies, 2 occlusions par volvulus, 1 occlusion aiguë par bride, 4 salpingectomies, 1 ponction pour tumeur pelvienne 1 épiplocèle.

Tuja nous en présente 34 : 15 ovariectomies, 11 salpingectomies, 4 fibromes, 2 hernies, 1 néphrectomie, 1 césarienne.

Le Glay cite dans sa thèse la statistique de Labadie. Lagrave et Legueu, soit 57 occlusions, dont 27 après ovariectomie, 9 après salpingectomie et 4 après hystérectomie abdominale, et en apporte pour son propre compte 8, dont 2 après amputation du col supra vaginale, 3 après taille pour calcul vésical, 1 après hystérectomie, 1 après ovariectomie, 1 après césarienne.

Hirsh publie 14 cas d'occlusion après salpingectomie, et Lucas Championnière, en 1892, signale cette complication dans la cure radicale des hernies .

Giresse, Rigollot-Simonnot et Theillier ne considèrent que les cas compliquant respectivement les hystérectomies vaginales, les gastro-entérostomies et les appendicectomies.

En tant que complication des opérations de cure radicale des cancers du rectum et de la sigmoïde, l'occlusion intestinale nous paraît rare. Elle est peut-être aussi méconnue quelquefois.

Nous avons pu recueillir l'opinion de quelques chirurgiens; dans l'ensemble ils considèrent cette complication comme une exception.

Le Professeur J.-L. Faure nous dit : « Je ne me souviens pas d'avoir jamais vu d'occlusion intestinale dans ces conditions. »

Le Professeur Pierre Duval nous répond : « Je n'ai observé qu'un seul cas d'occlusion. »

Lockhart Mummery la considère comme très rare et dans un mémoire publié en 1926, où il classe les complications

par ordre de fréquence, ne lui attribue que le sixième rang après l'infection, le choc, l'hémorragie, les retards de cicatrisation et l'orchi-épididymite.

Kuschner, publiant les résultats de 40 opérations, accuse 7 décès dans les quelques jours suivant l'opération.

L.-J. Hahn, sur 127 opérés en perd 6 de péritonite, 12 de pneumonie et 5 de choc.

Ces deux auteurs ne signalent pas l'occlusion intestinale.

Nous avons eu la chance de pouvoir observer récemment un nouveau cas d'occlusion dans le service du Professeur CHAVANNAZ et nous rappellerons 3 observations publiées en 1927 par MM. Bonnet et Polosson et qui relèvent uniquement de la mise en place défectueuse du sac de Mikulicz après l'amputation du rectum.

PATHOGENIE ET CLASSIFICATION

Nous pourrions envisager dans ces occlusions :

I. — L'époque de leur production : occlusions immédiates, rapprochées (dans les cinq à six jours suivant l'opération), éloignées (plusieurs mois ou plusieurs années).

II. — Leur siège : siège au foyer de l'opération ou obstacle indépendant du foyer opératoire.

III. — Les opérations en cause :

Amputation périnéale du rectum;

Amputation abdomino-périnéale;

Résection du rectum par voie sacrée.

IV. — Le mécanisme de l'occlusion.

C'est cette dernière classification que nous adopterons.

On peut supposer la production des occlusions par les mécanismes suivants :

1° Occlusions causées par des adhérences intestinales à des surfaces cruentées, aux lignes de suture du plancher pelvien ou à la ligne d'incision abdominale. Ces adhérences peuvent s'établir au niveau de l'épiploon, surtout lorsque l'opérateur a été obligé de pratiquer une résection plus ou moins étendue de cet organe.

2° Occlusions dues à des adhérences intestinales à un organe voisin enflammé, à des adhérences produites par un drainage intrapéritonéal suivi de réaction des tissus et de péritonite adhésive; adhérences des anses intestinales entre elles.

3° Occlusions dues à des positions vicieuses de l'intestin : volvulus, nœuds, invaginations, exagération de la position normale de l'angle colique gauche sous-costal.

1° Etranglement du grêle à travers une déchiscence du plancher pelvien ou de la suture abdominale.

5° Occlusions par spasme de l'intestin.

6° Occlusions par paralysie de l'intestin.

7° Occlusions par envahissement de l'intestin par une récidue du cancer du rectum.

8° Occlusions par étranglement du grêle autour du colon pelvien, au niveau de la colostomie.

9° Occlusions provoquées par la compression d'une anse grêle entre le sac de Mikulicz et la paroi pelvienne.

10° Occlusions relevant de fautes opératoires telles que l'oubli de compresses ou d'instruments dans la plaie opératoire, le pincement du grêle dans le fil de suture de l'incision abdominale.

Nous avons pu recueillir des observations se rapportant aux mécanismes suivants :

1° Occlusions dues à une adhérence du grêle à la zone d'incision abdominale;

2° Occlusions dues à l'envahissement du grêle par une récidue du cancer du rectum;

3° Etranglement d'une anse grêle à travers une déchiscence du plancher pelvien;

4° Occlusions par compression du grêle entre le sac de Mikulicz et la paroi pelvienne.

I. — Adhéhérences du gréle à la zone d'incision abdominale.

M. le Docteur H. Lefèvre nous en signale un cas, mais nous ne pouvons malheureusement pas présenter l'observation. C'était chez un homme très maigre et qui ne possédait pas d'épiploon à intercaler entre sa paroi et son intestin.

Ces adhésions qui sont parmi les accidents communs à toutes les laparatomies, n'offrent rien de particulier dans les opérations qui nous intéressent.

II. — Occlusions par envahissement du gréle par une récidue du cancer du rectum.

Un cas nous en a été également signalé par M. le Docteur H. Lefèvre.

III. — Etranglement d'une anse grêle à travers une déhiscence de la suture du plancher pelvien.

C'est le cas qui nous paraît le plus fréquent. L'amputation du rectum, une fois réalisée, il faut réunir le péritoine du Douglas à la paroi du bout libre de l'anse sigmoïde : c'est un temps difficile à réaliser. D'autre part, tous les efforts du malade, vomissements ou toux, tendent à dilacérer ce mince diaphragme et à provoquer des hernies par les brèches ainsi créées.

Le Professeur Pierre Duval nous déclare que le seul cas qu'il ait observé dans sa carrière, survint après une abdomino-périnéale chez l'homme : « Une anse grêle est venue s'étrangler dans la concavité sacrée à travers une brèche de la péritonisation pelvienne. »

OBSERVATION INÉDITE

due à l'obligeance de M. le Professeur CHAVANNAZ.

Epithélioma du rectum. Cure radicale par voie abdomino-périnéale exécutée en deux temps (procédé de DUROSELLE.) Occlusion de l'intestin grêle. Mort au cinquième jour.

A..., âgé de 48 ans, entre salle 18 pour un épithélioma du rectum, dans la région ampullaire. Le 15 avril 1925 laparatomie permettant la section de la sigmoïde et la création d'un anus iliaque gauche. Le bout terminal est tassé dans le petit bassin et une péritonisation soigneuse est pratiquée. Les suites opératoires sont tout à fait régulières.

Le 30 avril, par voie périnéale, ablation de toute la portion inférieure du gros intestin sous jacente à l'anus iliaque. Le sujet est n'aigre et l'intervention facile est rapidement exécutée. Les suites immédiates sont excellentes. Le 4 mai cependant, on croit savoir que l'anus iliaque n'a pas fonctionné. Le malade peu intelligent ne sait pas s'il a ou non rendu des gaz. L'état général reste d'ailleurs parfait.

La situation s'aggrave très rapidement et la mort survient le 4 mai à midi.

A l'autopsie la plaie est dans un état absolument régulier, mais une anse grêle est venue se pincer latéralement au niveau d'un hiatus de la péritonisation pelvienne.

L'observation suivante, très récente puisqu'elle date du 28 novembre 1930, nous paraît relever du même mécanisme.

OBSERVATION INÉDITE

recueillie dans le service de M. le Professeur CHAVANNAZ

et due à l'obligeance de M. AUCHÉ.

Il s'agit d'une femme âgée de 57 ans. L'anus artificiel est pratiqué le 15 septembre en même temps qu'une laparatomie qui montre que la tumeur paraît située bas sur le rectum. L'opération est faite par voie périnéale le lundi 24 novembre. On enlève environ 40 cm. d'intestin. On ferme le bout libre du sigmoïde et on suture à points séparés le péritoine du Douglas à la portion terminal du sigmoïde.

La malade, fortement choquée se réchauffe mal. Après injections de sérum intraveineuses et sous cutanées accompagnées de toni cardiaques, son état se relève.

Pendant les 3 jours qui suivent, elle va bien, mais prétend ne pas avoir rendu de gaz par son anus artificiel. Pas de matières dans ses pansements, quelques glaires seulement. Elle accuse quelques coliques très vagues. Température normale, pouls à 120.

Le soir du jeudi 27 novembre, comme elle n'a pas encore eu de selle, on injecte par son anus de l'eau additionnée de sulfate de soude. Pas de résultats.

Un peu plus tard, la malade a quelques vomissements. On pra-

lique un lavage d'estomac qui ramène un peu de liquide brunâtre. La malade se trouve soulagée.

Le vendredi matin son état s'est considérablement aggravé : elle se présente avec le nez pincé, les yeux excavés, une dyspnée intense, une haieine très fétide et un pouls filiforme et incomptable. On pense à ce moment qu'elle est en occlusion intestinale, mais son état ne permet pas l'opération. On lui fait 10 centimètres cubes de sérum hypertonique de Gosset en intraveineuse et du sérum glucosé en intraveineuse et en sous cutanée. A 15 heures, son état paraissant s'être un peu amélioré, intervention sous anesthésie locale. Laparatomie : on ne trouve pas de traces de péritonite, mais les anses grêles très distendues font immédiatement hernie au dehors. La main introduite dans le Douglas ramène avec quelque difficulté une anse grêle assez adhérente, sphacélée, noirâtre, sur une longueur de 8 centimètres, qui était venu s'étrangler dans une brèche du plancher pelvien. L'intestion est très dilatée au-dessus de cet anse et vide, et aplati au-dessous. On pratique une résection de la portion sphacélée et un abouchement termino-latéral entre les 2 portions d'intestin grêle.

L'état de la malade ne s'améliore pas et elle meurt à 23 h. 30 sans avoir rendu ni matière ni gaz.

L'autopsie montre que la bouche est restée parfaitement perméable, mais a vraisemblablement été fait trop tard. L'examen du Douglas montre des fissures entre la sigmoïde et le péritoine.

IV. — Compression d'une anse grêle entre le sac de Mikulicz et la paroi pelvienne.

Il semble que l'opération d'Hartmann où l'anse sigmoïde fixée à la paroi pour la réalisation de l'anus définitif ne peut être utilisée pour la contention des anses grêles soit plus particulièrement à l'origine de cet accident.

Dans les opérations de gynécologie, la technique de l'application du sac peut être réalisée avec les précautions d'usage. La malade étant maintenue en position de Trendelenbourg, les compresses chargées de refouler et de maintenir les anses grêles restant en place, le sac est appliqué et garni. Puis les compresses placées au devant des anses sont retirées et enfin l'anse sigmoïde est ramenée au contact du sac et s'oppose à l'insinuation des anses grêles entre le sac et le promontoire.

Au contraire, ici la fixation préalable de l'anse à la paroi gêne pour la mise en place de compresses de refoulement dans la partie gauche de l'abdomen: A la fin de l'intervention, il n'y a plus de l'anse sigmoïde qu'un moignon insuffisant pour réaliser la contention des anses grêles, de sorte que celles-ci sont au contact immédiat du sac et pour peu que le malade ait un réveil partiel à la fin de l'intervention, pour peu que le sac soit insuffisamment tassé dans le pelvis, une anse grêle peut très bien glisser entre le sac et le promontoire, soit au cours même de l'application, soit au moment où on abandonne la position de Trendelenbourg.

Les trois observations qui suivent en sont la preuve. Nous les avons recueillies dans un article publié dans le « Lyon Chirurgical », par MM. Bonnet et Polosson.

OBSERVATION I

Il s'agissait d'un homme de 55 ans qui venait de subir une résection du segment recto sigmoïde par le procédé d'Hartmann. L'opération avait été faite en un temps avec abouchement du bout supérieur dans la fosse iliaque gauche et terminée par un Mikulicz pelvien.

Pendant les trois premiers jours les suites furent très favorables. Il n'y eut pas d'élévation de température et la première mèche contenue dans le sac fut enlevée. Au quatrième jour distension des anses intestinales et hoquet. Au cinquième jour, vomissements et accélération du pouls.

Comme l'opération avait été longue, pénible, douteuse au point de vue inoculation de produits septiques, l'ouverture d'un abcès périnéoplasique ayant permis l'issue du contenu intestinal, nous pensâmes à une réaction péritonitique et on fit le débridement de la paroi au pourtour de l'anse abouchée.

La mort survient le lendemain, six jours après l'opération. A l'autopsie on trouve, non une péritonite, mais une occlusion par compression d'une anse grêle entre les compresses de Mikulicz et le promontoire; 50 centimètres d'intestin étaient ainsi engagés dans le pelvis. Une plaque de sphacèle existait au niveau du sillon proximal d'étranglement contre le promontoire. Au delà de l'anse étranglée, l'intestin était rétracté. En amont, par contre et jusqu'à l'estomac, les anses grêles étaient très dilatées.

OBSERVATION II

Il s'agissait d'un homme de 60 ans qui subit quelque temps après l'établissement d'un anus iliaque une opération de Hartmann. Là encore, il s'agit d'une opération laborieuse. Le pelvis avait été scuellé par une rupture partielle de l'intestin au niveau du cancer et l'opération fut terminée par la mise en place d'un sac de Mikulicz.

Les accidents débutèrent dès le lendemain de l'opération par des signes qui rappelaient davantage la péritonite que l'occlusion : ballonnement progressif de l'abdomen, vomissements répétés en fusée.

Le Professeur TUXIER vit le malade deux jours après l'opération et pensant à une occlusion par réaction péritonitique, mobilisa les mèches du Mikulicz et installa une sonde dans l'orifice de l'anus iliaque.

Les accidents ne cédèrent pas et la mort survint le cinquième jour après l'opération. Là encore, l'autopsie ne montra aucun signe de péritonite. Mais à un mètre du cæcum, une anse grêle engagée dans le pelvis se trouvait comprimée sur le promontoire par les compresses du Mikulicz.

OBSERVATION III

Enfin, dans un troisième cas, l'un des auteurs terminant une opération d'Hartmann et se rappelant les deux cas précédents eut l'idée de vérifier si vraiment aucune anse n'avait été coincée au cours de l'application du sac. Il remplaça le malade en position inclinée et enleva toutes les compresses et le sac lui-même. C'est alors qu'il s'aperçut qu'une anse était venue s'insinuer entre le sac et le promontoire et s'y trouvait étranglée. L'aide fut chargé de maintenir les anses grêles et le sac fut remis en place de façon correcte. Les suites opératoires furent absolument normales.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de ces occlusions post-opératoires n'est pas toujours, semble-t-il, bien caractérisée. Les manifestations en sont généralement insidieuses et le premier symptôme qui attire l'attention est l'apparition des vomissements. Le malade n'a eu aucune émission de gaz (difficiles à apprécier d'ailleurs à cause de la présence fréquente de l'anus iliaque). Son abdomen se ballonne progressivement et son faciès s'altère en même temps que survient la douleur abdominale. Cette douleur ne revêt qu'exceptionnellement le caractère brutal et violent de l'occlusion intestinale survenant chez un malade non opéré. Elle est le plus souvent peu marquée, constituée par de vagues coliques. Elle présente quelquefois un maximum dont la localisation pourrait être utile au point de vue diagnostique topographique. L'arrêt des matières et des gaz est absolu. Le ballonnement s'exagère et les vomissements augmentent en dehors de toute alimentation.

L'inspection de l'abdomen permet de voir quelquefois les anses intestinales dessiner leurs ondulations sur la paroi abdominale. Quelquefois le phénomène est plus fruste. Il faut alors le rechercher avec soin. La palpation lente et prolongée de la paroi permettra le plus souvent d'observer sur l'intestin une sorte de tension intermittente. On percevra sous la main, de temps à autre, le contour arrondi et rénitent d'une anse intestinale durcie pour quelques secondes. Il faudra rechercher aussi l'existence

de bruits hydroaériques, manifestation accoustique des contractions intestinales.

Une étude attentive de la température et du pouls s'impose. La température est sensiblement normale. Le pouls, en général rapide, peut être normal et bien frappé.

Bientôt le malade, gêné par une dyspnée intense, la langue sèche, présente une altération du faciès typique, et si le diagnostic n'est pas bientôt posé, passe à la phase terminale de l'occlusion qu'accompagnent les vomissements fécaloïdes.

DIAGNOSTIC

Nous n'insisterons pas sur les nombreux diagnostics que pose la constatation d'un syndrome d'occlusion intestinale. Par contre, nous attirerons l'attention sur la difficulté qu'il y a à différencier l'occlusion intestinale de la péritonite aiguë et de l'iléus paralytique post-opératoires.

Si l'opération s'est passée en milieu septique, le chirurgien est amené à penser tout d'abord à des accidents d'origine péritonitique.

Mais, en cas de péritonite, le début est plus brutal, les accidents plus rapides, la douleur violente se généralise à tout l'abdomen, les vomissements sont peut-être moins nombreux, et le hoquet plus précoce. La contracture abdominale domine le tableau clinique. La température est plus élevée et le pouls petit et irrégulier, devient rapidement filiforme.

L'iléus paralytique s'installe en général sans douleur et sans mouvement péristaltiques, et bien souvent il cédera au purgatif et aux lavements.

Les suites opératoires, normales au début, les mouvements péristaltiques associés à du météorisme local, les vomissements répétés accompagnés de coliques, une température normale et un pouls peu modifié seront en faveur de l'occlusion intestinale d'origine mécanique.

PRONOSTIC

Le pronostic de tels accidents est très sombre. C'est celui de l'occlusion primitive, mais aggravé du fait que la résistance du sujet est très diminuée. Ces malades sont en effet des néoplasiques plus ou moins anciens, et déjà cachectiques au moment de la première intervention.

L'opération choquante qu'ils viennent de subir les a encore affaiblis.

A moins d'une efficacité exceptionnelle des moyens médicaux, le pronostic est fatal si l'obstacle n'est pas levé rapidement; il repose essentiellement sur deux facteurs cliniques : La résistance du malade et la précocité de l'intervention.

Bien souvent la mort du malade est le résultat de cette occlusion.

PROPHYLAXIE DE CES OCCLUSIONS

Kaltenbach disait : « Pour éviter ces accidents, étalez toujours l'épiploon au-devant des anses intestinales et prenez le péritoine dans les sutures, pour éviter les adhérences à la paroi. Examinez avec soin l'épiploon. Enlevez les brides qui pourraient exister entre lui et la paroi abdominale et celle du bassin, et obturez la perte de substance de l'épiploon, - - résultat de la résection de ces brides. Evitez de léser l'endothélium péritonéal et irritez-le, le moins possible. Pour cela, n'employez pas de solutions antiseptiques concentrées. Il suffit de liquides aseptiques. »

Ces paroles sont toujours vraies. Il faut pratiquer une suture très soignée du plancher pelvien. Eviter autant que possible les vomissements post-opératoires. On n'omettra jamais d'effondrer les adhérences, de libérer les brides et d'enfouir les moignons, les pédicules vasculaires et les surjets. Une péritonisation soignée empêchera de laisser une surface cruentée en contact avec une tunique intestinale. L'hémostase aussi parfaite que possible évitera la réaction péritonéale et la formation d'exsudats qui, en s'organisant, agglomèrent et soudent les anses intestinales.

Dans le cas où l'on met en place un sac de Mikuliez, il importe de vérifier l'application du sac en position d'inclinaison extrême, de remplir avec soin le sac de façon à bloquer la concavité sacrée et de faire lentement relever le malade, pour que les anses refoulées sous le diaphragme par la position de Trendelenbourg, reviennent doucement et progressivement au contact du tamponnement.

TRAITEMENT

On devra s'adresser tout d'abord au traitement médical : changer le malade de position, soit en le mettant en position ventrale, soit en élevant fortement les pieds de son lit, soit en le faisant changer souvent de position dans son lit. En même temps, on lui injecte un milligramme d'atropine ou un centimètre cube d'extrait rétropituitaire.

On lui met ensuite de la glace en permanence sur le ventre et on essaie les grandes irrigations rectales, les lavements huileux, glycérinés ou purgatifs associés à des lavages d'estomac fréquemment renouvelés. Enfin, après suppression de toute absorption liquide par la bouche, on lui injecte du sérum physiologique à hautes doses par voie intraveineuse et sous-cutanée.

Une méthode qui paraît appelée à rendre de grands services est celle des injections intraveineuses de solutions hypertoniques de chlorure de sodium.

Les promoteurs de la méthode en France ont obtenu de brillants résultats dans des cas d'occlusions post-opératoires qui paraissaient désespérés. Ils préconisent l'injection de 100 centimètres-cube de solution de chlorure de sodium à 20 %, fractionnés en cinq doses de 20 cc. et introduites très lentement dans la veine. Ils recommandent d'associer à ces 20 gr. de chlorure de sodium, un litre de sérum physiologique en injection sous-cutanée. Ces injections utilisées par certains auteurs à 10 % seulement de concentration peuvent être continuées jusqu'à amélioration de l'état du malade. Elles ne contrindiquent pas

l'acte chirurgical, au contraire, elles en constituent le complément.

Il ne faudra jamais négliger d'employer tous ces moyens d'action; ils peuvent suffire à faire disparaître les accidents d'occlusions dans quelques cas. Mais si les accidents persistent au bout de 24 heures, il est absolument indiqué d'agir chirurgicalement sous peine de voir succomber le malade.

On peut faire une exploration complète de la région opérée après réouverture de l'abdomen, ou au contraire se contenter d'établir une dérivation intestinale au niveau de l'intestin grêle distendu, soit en établissant une anastomose entre l'intestin grêle et le gros intestin, soit en faisant seulement une entérostomie sur le grêle.

Il est souvent très difficile de choisir entre ces deux manières de faire. Dès la réouverture large de l'abdomen, les anses grêles météorisées font hernie à l'extérieur et rendent difficile l'exploration de la région opérée. D'autre part, à moins que l'opération ne soit très précoce, il est rare de trouver une anse grêle nettement coudée ou à peine adhérente, qu'il est facile de libérer. Le plus souvent, le chirurgien tombe sur un amas d'anses grêles agglutinées par des épanchements fibrino-purulents : par son opération, il diffuse une infection péritonéale qui commençait à se limiter et l'occlusion persiste ou s'aggrave.

Nous pensons donc qu'il est préférable dans ces cas de faire, soit l'entéro-anastomose, soit l'entérostomie, c'est-à-dire une simple fistule sur le grêle dilaté.

Ces opérations exécutées à l'anesthésie locale visent au plus pressé, au dérivement à l'extérieur du contenu intestinal toxique et septique qui stagne dans les anses grêles distendues.

L'entéro-anastomose a l'incomparable avantage d'éviter une fistule sur le grêle, fistule qui, malgré des modifica-

tions de technique, comme l'emploi du procédé de Witzel (sonde enfoncée dans la paroi de l'intestin sous une suture séro-musculaire) pourra toujours exposer aux graves inconvénients qui résultent de l'écoulement au dehors du contenu de l'intestin grêle (déshydratation, cachexie, ulcération pariétale).

Il semble donc que l'entéro-anastomose soit dans les cas graves le procédé le meilleur.

En résumé, nous croyons que sans s'attarder aux moyens médicaux qui donnent peu de résultats, il y aura tout intérêt à pratiquer une intervention (entéro-anastomose) complétée par les injections intraveineuses de sérum hyper-salé.

CONCLUSIONS

Les occlusions intestinales, après les opérations de cure radicale des cancers du rectum et de la sigmoïde constituent une complication rare, mais peut-être plus fréquente qu'on ne le croit d'habitude.

C'est la mortalité post-opératoire immédiate, toujours élevée, qu'il faut incriminer, et il est possible que certains décès attribués au choc ou à l'infection soient dus à l'occlusion.

Le diagnostic en est très délicat, surtout dans les cas précoces, et nous croyons utile d'attirer l'attention des chirurgiens sur cette complication à laquelle on devra toujours penser, même quand la sépticité de l'opération impose l'idée de péritonite.

On pourra éviter un certain nombre de ces occlusions en soignant particulièrement pendant l'opération les sutures, les péritonisations et, le cas échéant, la mise en place du Mikulicz.

Enfin, la précocité du diagnostic et de la réintervention complétée par des injections intraveineuses de sérum de Gosset, pourra seule sauver un certain nombre de ces opérés.

VU : *Le Doyen,*
G. SIGALAS.

VU. Bon à Imprimer :
Le Président,
G. CHAVANNAZ.

VU et Permis d'Imprimer ;
Bordeaux, le 10 Décembre 1930.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ADENOT. — Des occlusions intestinales post-opératoires. (*Revue de chirurgie*, janvier 1896, p. 15.)
- ASHTON WILLIAM EASTERLY. — Des occlusions intestinales post-opératoires. (*The Medical News*, 30 juill. 1892.)
- BONNET et POLOSSON. — De l'occlusion mécanique du grêle consécutive à la mise en place du sac de Mikulicz. (*Lyon chirurgical*, juin 1927, p. 744-747.)
- COLLAS. — De l'occlusion intestinale consécutive aux opérations de laparatomie. (*Thèse*, Paris, 1889.)
- DAURIGNAC. — Des occlusions intestinales consécutives aux opérations de laparatomie. (*Thèse*, Toulouse, 1894.)
- GROSS. — Des occlusions intestinales post-opératoires. (*Revue médicale de l'Est*, mai 1899.)
- HAHN L. L. (New-York). — Cancer du rectum et du recto-sigmoïde. (*Annals of Surgery*, vol. LXXXIX, n° 1, janvier 1929, p. 77-90.)
- KUSCHNER (Tubingen). — Anciennes et nouvelles directives pour l'extirpation du cancer du rectum. (*Der Chirurg.*, an I, fasc. I, 1^{er} novembre 1928, p. 2-7.)
- KUTTNER (Breslau). — Traitement chirurgical du cancer du rectum. (*Medizinische Klinik*, an., vol. XXV, n° 1, janvier 1929, p. 4-8.)
- LE GLAY. — De l'occlusion intestinale consécutive à la position de Trendelenbourg. (*Thèse*, Paris, 1904.)
- LENCLOS. — Des occlusions intestinales post-opératoires. (*Thèse*, Nancy, 1898.)

- LOCKHART MUMMERY (London). — Deux cents cas de cancer du rectum opérés par voie périnéale. (*The British Journal of Surgery*, vol. XIV, n° 63, 1926, p. 110-124.)
- LOCKHART MUMMERY and GORDON WATSON. — Discussion sur les complications de l'amputation du rectum. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine London*, vol. XIX, n° 2, juin 1926, p. 18-24.)
- QUENU. — De l'occlusion intestinale à la suite des laparatomies. (*Gazette des Hôpitaux*, 31 mars 1894.)
- RIGOLLOT SIMONNOT. — L'occlusion intestinale après la gastrentérostomie et sa prophylaxie. (*Thèse*, Paris, 1908.)
- TUJA. — Des occlusions intestinales après les laparatomies. (*Thèse*, Lyon, 1894.)
- VILHES (Gérard). — Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires. (*Thèse*, Paris, 1929.)
- VILLARD. — De la valeur du péristaltisme intestinal dans le pronostic et le traitement des occlusions post-opératoires. (*Lyon médical*, 1912, CXVIII, p. 840-848.)
-

